

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی معلولان جسمی-حرکتی

زهرا رضائی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان امیرکبیر، بخش اعصاب و روان

نام نویسنده مسئول:

زهرا رضائی

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر کاهش افسردگی در معلولان جسمی-حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی کرمانشاه بود. در این پژوهش آزمایشی که با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود، ۳۰ معلول (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) که به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی افسردگی بک و همکاران (۱۹۶۱) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد و یافته‌های پژوهش نشان داد که روان‌درمانی شناختی-رفتاری برای درمان افسردگی معلولان از اثربخشی قابل قبولی برخوردار است. در نتیجه می‌توان روان‌درمانی شناختی-رفتاری را به عنوان یک سبک درمانی اثربخش در درمان افسردگی معلولان دانست. در انتها با توجه به تاثیر افسردگی بر زندگی افراد و مخصوصاً معلولان، پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و روان‌درمانگران از این سبک روان‌درمانی برای کمک به معلولان افسرده کمک بگیرند.

واژگان کلیدی: افسردگی، روان‌درمانی شناختی-رفتاری، معلولان.

مقدمه

واژه «معلولیت» خلاصه‌ی تعداد زیادی از محدودیت‌های گوناگون در عملکرد فرد است که در هر جمعیتی و در هر کشوری وجود دارد. مردم ممکن است بر اثر آسیب‌دیدگی جسمی، فکری یا احساسی، شرایط پزشکی یا بیماری روانی معلول شوند. چنین آسیب دیدگی‌ها، شرایط یا بیماری‌هایی از نظر ماهیت ممکن است دائمی یا موقتی باشد. واژه «نقص» یعنی فقدان یا محدودیت فرصت‌های برابر با افراد سالم برای شرکت در زندگی اجتماعی و برخورد بین شخص معلول و محیط را وصف می‌کند. واژه‌ی معلولیت بر نقص‌ها و نارسایی‌ها در محیط و در بسیاری از فعالیت‌های سازمان‌یافته در اجتماع تاکید می‌کند (خدایاریان و همکاران، ۱۳۹۳).

روان‌درمانی شناختی-رفتاری^۱ در کار با معلولان جسمی-حرکتی به فرآیندی اشاره دارد که هدفش توانمندسازی معلولان برای رسیدن و حفظ بهترین و مناسب‌ترین عملکرد احساسی، فکری، روانی و یا اجتماعی است و به این ترتیب ایجاد تغییر در زندگی آنان به سمت استقلال بیشتر است. این سبک درمانی می‌تواند شامل تدابیری برای تامین یا اعاده عملکردها، یا ترمیم از دست دادن یا عدم وجود عملکردی یا برای محدودیت عملکردی باشد. فرآیند روان‌درمانی شناختی-رفتاری مراقبت پزشکی اولیه را شامل نمی‌شود. این سبک درمانی طیفی گسترده از اقدامات و فعالیت‌ها از توانبخشی اساسی و کلی تا فعالیت‌های دارای هدف ویژه، برای مثال توانبخشی شغلی و حرفه‌ای را دربرمی‌گیرد (بیگی و زینالی، ۱۳۹۶).

استادیان‌خانی و فدایی‌مقدم (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که روان‌درمانی در بهبود وضعیت روانشناختی معلولان جسمی و حرکتی مفید بوده است و یکی از مهم‌ترین شیوه‌های درمانی روان‌درمانی شناختی-رفتاری است. روان‌درمانی شناختی-رفتاری یکی از انواع روان‌درمانی است که ابتدا برای درمان افسردگی ایجاد شد ولی الان برای بیماری‌های روانی زیادی کاربرد دارد. این روش درمانی برای حل کردن مشکلات کنونی کاربرد دارد و تفکر و رفتار ناکارآمد را تغییر می‌دهد. نام این روش اشاره دارد به ترکیب رفتار درمانی و شناخت درمانی. این روش درمانی بر اساس اصول رفتار درمانی و شناخت درمانی بنا نهاده شده است (جانی و همکاران، ۱۳۹۶).

این مهم است که به خاطر بسپارید که درمان شناختی-رفتاری از روش‌های متنوعی برای هر یک از اختلالات روانپزشکی استفاده می‌کند. درست است که روش‌های مختلفی در درمان وجود دارد و بستگی به فرد دارد، ولی برخی اجزای درمانی مشترک هستند. مثلاً تعیین اهداف، تعیین برنامه‌ی درمانی و انتخاب مداخلات درمانی ولی از همه مهمتر رابطه‌ی درمانی است. با هر روش و رویکردی که کار می‌کنیم، مهمترین چیز این است که رابطه‌ی ما و درمانگرمان چه طور باشد (همتی‌نژاد و زینالی، ۱۳۹۶).

در پژوهش حاضر قصد داریم که تاثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری را در درمان افسردگی معلولان جسمی-حرکتی مورد بررسی قرار دهیم. پژوهش‌های زیادی در مورد افسردگی صورت گرفته و مطالعات مختلف ویژگی‌ها و ابعاد خاصی را برای افسردگی در نظر گرفته‌اند، و هر فردی که دارای این ویژگی‌ها و خصوصیات باشد، دارای نسبتی از افسردگی است. ویژگی مهم افسردگی تغییر خلق است. خلق، حال و هوای احساسی نافذ و پایداری است که به صورت درونی تجربه می‌شود و بر رفتار و درک فرد بر جهان تاثیر می‌گذارد. خلق ممکن است طبیعی، بالا و یا افسرده باشد. معمولاً افراد طیف وسیعی از حالات خلقی را تجربه می‌کنند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸). افسردگی منجر به تغییرات مهمی در خلق، رفتار و فکر می‌شود که با مشکلات جسمی فراوانی همراه می‌باشد. آمارها حاکی است که حدود ۲۰ درصد افراد بزرگسال در طول عمر خود دچار یک اختلال خلقی نیازمند به درمان می‌شوند و ۸ درصد آنان نیز مبتلا به یک اختلال افسردگی عمده می‌شوند (کرینگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۷).

عوامل فیزیولوژیک، مانند معلولیت در بروز افسردگی نقش دارند (واتسون و کنت^۳، ۲۰۰۲). همچنین شواهد محکمی وجود دارند که نشان می‌دهند با درمان مناسب می‌توان از بروز دوره‌های آنی افسردگی پیشگیری کرد، یا شدت آن را به میزان درخور توجهی کاهش داد (نصری، شریفی‌درآمدی، و میرمهدی، ۱۳۸۵). درمان بیماران مبتلا به افسردگی باید معطوف به چند هدف باشد. اولاً سلامتی و ایمنی بیمار باید تضمین شود. ثانیاً، ارزیابی تشخیصی کامل باید به عمل آید. ثالثاً، طرح درمانی باید نه تنها به علائم فعلی بلکه به رفاه کلی بیمار معطوف باشد. هر چند تأکید فعلی بر درمان دارویی و روان‌درمانی معطوف به خود بیمار است، رویدادهای استرس‌آمیز زندگی نیز با افزایش میزان عود بین بیماران مبتلا به افسردگی همراه است. بنابراین درمان باید از تعداد و شدت عوامل استرس‌زای زندگی بیمار بکاهد (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸).

نصری، شریفی‌درآمدی، و میرمهدی (۱۳۸۵) در پژوهشی بر روی معلولان دریافتند که ۵۷/۴ درصد از افراد دارای اختلال افسردگی بودند. این میزان شیوع بالا در معلولان ایرانی بر اهمیت و لزوم راه‌حلی برای کنترل و بهبود وضعیت روانشناختی آنها تاکید می‌کند. لذا انجام پژوهشی که راهکارهای کاربردی در این حوزه ارائه دهند، از اهمیت بالایی برخوردارند. از طرف دیگر با توجه به شرایط خاص معلولان جسمی-حرکتی

^۱ Cognitive behavioral therapy^۲ Kaplan, & Sadock^۳ Kring^۴ Watson, & Kenneth

و وضعیت زندگی آنها (احساس ناتوانی‌های جسمانی، وابستگی به دیگران، مشکلات مالی ناشی از نبود شغل مناسب، افسردگی، احساس خستگی و بی‌انرژی بودن و...)، انجام پژوهشی که یک سبک روان‌درمانی کارآمد در بهبود افسردگی را معرفی کند، از اهمیت ویژه برخوردار است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند یافته‌های کاربردی مهمی را به دست دهد. بنابراین در این پژوهش اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی در درمان افسردگی بررسی شد.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های آزمایشی است که با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام می‌شود. در پژوهش حاضر روان‌درمانی شناختی-رفتاری گروهی متغیر مستقل بود که تاثیر آن بر متغیرهای وابسته مورد سنجش قرار خواهد گرفت. افسردگی نیز متغیرهای وابسته هستند که تاثیر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر آنها سنجیده خواهد شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل معلولان جسمی-حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۳۰ نفر به عنوان نمونه‌ی پژوهشی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) در نظر گرفته شدند. این معلولان در دامنه سنی ۱۶ تا ۴۷ قرار داشتند و میانگین و انحراف استاندارد سن آنها به ترتیب ۲۶/۵۱ و ۳/۳۶ بود.

در پژوهش حاضر برای سنجش افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۶۱) استفاده شد که دارای ۲۱ آیت ۴ جمله‌ای است. این پرسشنامه شامل ۳ زیرمقیاس است که نشانه‌های افسردگی را در زمینه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی مورد بررسی قرار می‌دهد. مطالعات روانشناختی انجام شده بر روی این پرسشنامه اعتبار و روایی بالای آن را تایید می‌کند. رحیمی (۱۳۹۳) در یک بررسی به منظور سنجش میزان اعتبار و روایی این پرسشنامه، ۲۲۶ نفر را مورد سنجش قرار دادند که نتایج این بررسی بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود. همچنین اعتبار بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش شد. بک، استیر و براون (۱۹۶۶) ثبات درونی این پرسشنامه را در طیف ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش داده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیر بیمار ۰/۸۱ بدست آمده است. دستورالعمل برنامه‌ی روان‌درمانی شناختی-رفتاری در جلسات گروهی معلولان جسمی-حرکتی به قرار زیر بود:

جدول ۱-۳: خلاصه پروتکل گروه درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	پروتکل
جلسه اول	معارفه و آشنایی؛ شرح فرایند کار؛ معرفی رویکرد درمان شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی.
جلسه دوم	تعریف خودکارآمدی و افسردگی؛ بررسی انگیزه‌ی شرکت آزمودنی‌ها؛ تعیین اهداف جلسات؛ تشریح رابطه‌ی خلق با رفتار.
جلسه سوم	آموزش فن «بیان عواطف و احساسات»، فن «افزایش خوش‌بینی»، فن «داشتن رابطه‌ی صمیمانه».
جلسه چهارم	تعیین تغییرات خلقی؛ آموزش تکنیک‌های «افزایش فعالیت جسمانی»، «افزایش روابط اجتماعی»؛ تحلیل و بررسی افکار خودآیند.
جلسه پنجم	بررسی افکار خودآیند؛ معرفی شواهد مخالف که از افکار خودآیند حمایت نمی‌کند؛ ارائه و تمرین تکنیک‌های «سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی» و «توقف نگرانی» به شکل سناریو در جلسه.
جلسه ششم	معرفی و ثبت افکار مثبت و مناسب؛ طرح راهبردهای حل مسأله، آموزش تکنیک «دوری از افکار نگران کننده» و «تکنیک تفکر خلاق»؛ پرداختن به این مسئله که چگونه افکار معیوب و غیرمنطقی بوجود می‌آیند.
جلسه هفتم	کار بر روی افکار معیوب و افکار غیر منطقی؛ معرفی و بررسی شناخت‌های عمیق و مفهوم پیش فرض‌های شرطی و باورهای محوری؛ آشنایی با مفهوم «شخصیت سالم» و تمرین «خود بودن»؛ و آموزش تشخیص تفاوت خود واقعی و خودآینده‌آل.
جلسه هشتم	پیشنهاد راهبردهای مقابله‌ای مناسب؛ تمرین تکنیک «زندگی کردن در زمان حال» و تکنیک «اولویت دادن به شادی» و تشخیص «الگوی ارتباطی».
جلسه نهم	مرور مباحث آموزشی و درمانی جلسات گذشته؛ دریافت گزارشات افراد؛ درمان «چرخه معیوب تعاملات ارتباطی»؛ ترکیب و به کارگیری مهارت‌های آموخته شده.
جلسه دهم	جمع بندی فنون آموزش داده شده؛ پاسخ به سوالات؛ برنامه‌ریزی ویژه در زمینه‌ی راهبردهای مقابله.

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه‌ی پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس، قبل از اجرای آزمون مورد سنجش قرار گرفت. یکسانی واریانس متغیرهای پژوهش به استفاده از آزمون لوین تحلیل شدند که همان‌گونه که نتایج آزمون لوین در جدول ۱ نشان می‌دهد، آماره F در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار نیست ($F_{(1, 28)} = 0.370$, $Sig > 0.05$). بنابراین، پیش فرض برابری واریانس‌ها پذیرفته می‌شود.

جدول ۱: آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس‌ها

متغیرهای وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
پس آزمون افسردگی	۱/۱۷۸	۱	۲۸	۰/۲۸۷

مطابق نتایج جدول ۲؛ چونکه F محاسبه شده در سطح آلفای بونفرونی معنادار گردیده است ($Sig < 0.01$), ($F = 23.290$), می‌توان نتیجه گرفت که روش درمانی شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی مؤثر بوده و آن را کاهش داده است. همچنین، نتایج جدول ۲ مؤید این مطلب است که اندازه‌ی اثر برابر ۰/۴۶۳ می‌باشد. بدین معنی که بیش از ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس‌آزمون افسردگی کلی به تأثیر روش‌های درمانی مربوط است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس اثر روش درمانی بر افسردگی کلی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر Eta
گروه	افسردگی کلی	۱۳۸۰/۸۹۴	۱	۱۳۹۰/۸۹۴	۲۳/۲۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳
	خطا	۱۶۰۰/۸۶۳	۲۷	۵۹/۲۹۱			

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثر روش درمانی بر مؤلفه‌های افسردگی در جدول ۳ ارائه شده است. آزمون F در سطح آلفای بونفرونی برای مؤلفه‌های افسردگی عاطفی، افسردگی شناختی و افسردگی جسمانی معنادار بود. اندازه‌ی اثر برای تمامی زیرمؤلفه‌های افسردگی به ترتیب برابر ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ بود. این ضرایب نشان دهنده‌ی اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی در کاهش افسردگی معلولان جسمی-حرکتی بود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثر متغیر مستقل بر مؤلفه‌های افسردگی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	Sig	Eta
گروه	افسردگی عاطفی	۱۵/۳۱۲	۱	۱۵/۳۱۲	۳/۹۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	خطا	۱۸۸/۲۱۱	۲۷	۳/۰۰۸			
	افسردگی شناختی	۴۳/۸۲۵	۱	۴۳/۸۲۵	۶/۳۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
	خطا	۳۸۹/۳۳۳	۲۷	۲/۰۱۲			
	افسردگی جسمانی	۳۱/۷۴۸	۱	۳۱/۷۴۸	۴/۱۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
	خطا	۲۵۹/۲۸۲	۲۷	۲/۵۳۷			

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی در جدول ۴، بین میانگین افسردگی گروه آزمایشی و گروه کنترل به میزان (۱۴/۶۷۵-) تفاوت وجود دارد که این تفاوت، از لحاظ آماری معنی‌دار بود. بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر کاهش افسردگی معلولان جسمی-حرکتی، تأیید شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه جفتی میانگین‌ها در متغیر افسردگی

فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها
حد بالا	حد پایین				
-۸/۴۳۶	-۲۰/۹۱۵	۰/۰۰۱	۳/۰۴۱	-۱۴/۶۷۵	افسردگی

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر تاثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر کاهش افسردگی در معلولین جسمی-حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. در مدل مورد نظر افسردگی در سه حوزه‌ی افسردگی عاطفی، افسردگی شناختی، و افسردگی جسمی مورد بررسی قرار گرفت.

مدل مورد پژوهش از لحاظ نظری در جهت تایید مبانی نظریه‌ی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی به شیوه‌ی CBT مورد بررسی قرار داشت. از طرف دیگر افسردگی سازه‌ی دیگری بود که مورد بررسی قرار گرفت. این سازه در قالب نظریه‌ی بک و همکاران (۱۹۶۱) در زمینه‌ی افسردگی انجام گرفت. بطور کلی با در نظر گرفتن مبانی تئوری و سوابق پژوهشی در دسترس، تاثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر درمان افسردگی معلولین جسمی-حرکتی را به این صورت می‌توان استنباط کرد که اگر افراد از این روش روان‌درمانی برخوردار شوند، احساساتی همچون ناامیدی، بی‌ارزشی و غمگینی، تعدیل خواهد یافت. بر اساس مبانی نظری روان‌درمانی شناختی-رفتاری، این درمان می‌تواند بر باورها و افکار غیرمنطقی و افسرده ساز، تاثیر بگذارد و این افکار و باورها را در آنها کاهش دهد (الیس، ۱۹۷۰). بنابراین این یافته همسو با مبانی نظری نظریه‌ی شناختی-رفتاری بود.

در تفسیر زیرمؤلفه‌های افسردگی اینطور تفسیر می‌شود، زمانی که تفکرات، باورها و رفتارهای افسرده‌ساز در افراد کاهش می‌یابد و تحت کنترل قرار می‌گیرد، سرخوردگی عاطفی و احساسی افراد کاهش می‌یابد و آنها از لحاظ عاطفی به ثبات بیشتری خواهند رسید. همچنین تغییر شناخت و رفتار در افراد باعث خواهد شد که تفکرات افسرده ساز در افراد تعدیل شود و سطح افسردگی شناختی در آنها کاهش یابد. در زیرمؤلفه‌ی دیگر نیز جهت و کیفیت تاثیر به همین شکل بود. زمانی که افراد تحت تاثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری، باورها و رفتارهای افسرده ساز خود را اصلاح کردند، نشانه‌های جسمانی افسردگی در آنها کاهش یافته بود؛ به این معنا که اختلال خواب، بی‌حسی، کمبود انرژی و دیگر نشانه‌های جسمی افسردگی در افراد کاهش معناداری پیدا کرده بود.

در زمینه‌ی مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین یافته‌های مشابهی به دست آمد. بطور مثال یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های نصری، شریفی درآمدی، و میرمهدی (۱۳۸۵) همسو بود و پژوهش‌های مشابه پیشین نیز به نتایج مشابهی دست یافته بودند.

منابع و مراجع

- [۱] استادیان خانی و فدایی مقدم. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی. *مجله توانبخشی*، ۱۸(۱)، ۶۳-۷۲.
- [۲] بیگی، آرزو؛ زینالی، علی. (۱۳۹۶). تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک به منظور ارائه مراقبت پرستاری. *مجله پرستاری دیابت*، ۵(۲)، ۱۳۹-۱۴۸.
- [۳] جانی، مصطفی؛ صالحی، بهمن؛ آل یاسین، سید علی. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در بیماران قلبی و عروقی. *مجله دانشگاه علوم و پزشکی اراک*، ۲۰(۳)، ۲۲-۳۰.
- [۴] خدایاریان، مهسا؛ واعظی، علی اکبر؛ جلال پور، صدیقی؛ جلال پور، طیبیه؛ حاجی حسینی، حافظ. (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد. *مجله علوم مراقبت های نظامی*، ۱(۲)، ۸۸-۹۸.
- [۵] رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک دو در دانشجویان ایرانی. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲۱(۱۰)، ۱۷۳-۱۸۸.
- [۶] نصری، آذر؛ شریفی درآمدی، پرویز؛ میرمهدی، سیدرضا. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش سبک حل مسئله به شیوه ای اسپواک و شوره بر کاهش افسردگی دانش آموزان معلول جسمی- حرکتی دوره ی راهنمایی شهر اصفهان. *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی*، ۳۰، ۱۳۸-۱۲۳.
- [۷] همتی نژاد، حسن؛ زینالی، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روانی مادران دارای دانش آموز نوجوان بزهکار. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۸(۵)، ۲۹۶-۳۴۰.
- [8] Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1966). Beck depression inventory- 2nd edition manual. The psychological corporation, San Antonio.
- [9] Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archive of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- [10] Ellis, A. (1970). Rational-emotive psychotherapy (Cassette Recording). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- [11] Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1988). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry, 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- [12] Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2007). Abnormal psychology. 10th Ed. Hoboken, NJ: John Wiley.
- [13] Watson, S. M. R., & Kenneth, K. D. (2002). Comparing the Quality of Life of School-Age Children with and without Disabilities. *Mental Retardation*, 40(4), 304-312.